

Small scale-Reform oder Erdrutsch? Eine Stellungnahme zur Gesundheitsreform in den USA

Cacace, Mirella

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Cacace, M. (2010). Small scale-Reform oder Erdrutsch? Eine Stellungnahme zur Gesundheitsreform in den USA. ZeS Report, 15(1), 9-12. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-354153>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Small scale-Reform oder Erdrutsch? Eine Stellungnahme zur Gesundheitsreform in den USA

Nach einem erbitterten Kampf entlang der Parteilinien gelang der Regierung Obama das, woran schon viele demokratische Präsidenten gescheitert sind: Die Gesundheitsreform. Doch was haben die Bürger von dieser Reform zu erwarten? Was bringt sie den USA, dem Land mit den höchsten Gesundheitsausgaben innerhalb der OECD Welt und den meisten Unversicherten?

Bis vor kurzem war Barack Obama nur einer von vielen mit der Vision, das marode amerikanische Gesundheitssystem zu reformieren, das eines der teuersten Systeme ist und zugleich ganze Bevölkerungsteile unterversorgt lässt. Nach Schätzungen der nationalen Gesundheitsbehörde betrugen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2008 über 2,3 Billionen US Dollar und damit mehr als 7.500 US Dollar (~ 5.700 Euro) pro Kopf (CMS 2009). Im internationalen Vergleich sind die USA damit Spitzenreiter, auch mit Blick auf den Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Mit 16 Prozent liegen die Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP deutlich über dem Durchschnitt anderer westlicher Industrieländer innerhalb der Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), der rund 9,5 Prozent beträgt (OECD Health Data, eigene Berechnung). Dem gegenüber stehen moderate bis unterdurchschnittliche Werte im Hinblick auf Morbiditäts- und Mortalitätskennziffern, vor allem in der Lebenserwartung bei Geburt. Patienten mit gutem Versicherungsschutz und ausreichenden Eigenmitteln können allerdings eine qualitativ hochwertige Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der Medizin erwarten, wie sie im internationalen Vergleich ihresgleichen sucht. 46,5 Millionen Amerikaner haben jedoch derzeit überhaupt keine Krankenversicherung (US Census Bureau). Noch mehr Personen gelten als unterversichert und sind deshalb gezwungen, einen

Großteil der Behandlungskosten aus eigener Tasche zu bezahlen. Nach Schätzungen des Commonwealth Fund, einer gemeinnützigen Stiftung, die sich die Verbesserung des amerikanischen Gesundheitssystems zur Aufgabe gemacht hat, sind 42 Prozent der Bevölkerung entweder un- oder unterversichert (Schoen et al. 2008).

Eine bedeutende Veränderung erfuhr das amerikanische Gesundheitssystem zuletzt 1965, als die Regierung unter Lyndon Johnson die öffentlichen

Versicherung und 29 Prozent über öffentliche Programme abgedeckt, wobei sich diese Versichertenkreise teilweise überschneiden. Mehr als 15 Prozent der Bevölkerung sind derzeit unversichert (US Census Bureau 2009).

Kernelemente der Gesundheitsreform

Die Reform besteht insgesamt aus zwei Gesetzen, dem *Patient Protection and Affordable Care Act*, den Präsident Obama am 23. März 2010 unterzeichnete, und dem *Health Care and Education Reconciliation Act*, erlassen am 30. März 2010. Kernstücke der Übereinkunft sind die Absicherung zusätzlicher Personenkreise, die Bildung von Health Insurance Exchanges sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Performance des US-Gesundheitssystems. Ferner reguliert die Gesetzgebung private Versicherer stärker und schränkt diese in der Möglichkeit ein, Vorerkrankungen von Versicherungsvereinbarungen auszuschließen. Sie verlangt auch, die Erneuerung von Versicherungsverträgen zu garantieren, selbst wenn zwischenzeitlich beim Versicherten Erkrankungen aufgetreten sind.

Erweiterung des Versicherungsumfangs: Eine bedeutende Kehrtwende in der Gesundheitspolitik besteht in der Einführung der Versicherungspflicht. Auf Projektionen des unparteiischen kongresseigenen Rechnungshofs (Congressional Budget Office, CBO) stützt sich die Annahme, dass somit etwa 32 Millionen Personen zusätzlich versichert werden können. Etwa die Hälfte davon erhält durch Herabsetzung der Einkommensgrenzen die Chance zur Aufnahme in das Medicaid Programm. Die andere Hälfte soll in private Versicherung eingeschlossen werden, die zudem einer strengeren staatlichen Regulierung unterliegen wird. Dazu bestimmt das Reformgesetz zunächst, dass Arbeitgeber ab 50 Beschäftigten eine Krankenversicherung anbieten oder aber eine Strafe entrichten müssen. Diese beträgt 2.000 US Dollar pro Mitarbeiter, wobei die ersten 30 Beschäf-



Zur Person

Mirella Cacace war zwischen 2003 und 2010 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sonderforschungsbereich 597 "Staatlichkeit im Wandel" der Universität Bremen/Jacobs Universität tätig. Im Rahmen des international vergleichenden Projekts "Wandel von Staatlichkeit in Gesundheitssystemen

von OECD Ländern" bearbeitete sie vorwiegend die Fallstudie zum amerikanischen Gesundheitssystem. In 2008/09 wurde sie mit dem Harkness Fellowship des Commonwealth Fund in Health Care Policy and Practice ausgezeichnet und verbrachte ein Jahr an der Columbia Universität in New York. Hier untersuchte sie Ungerechtigkeit in der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aus der vergleichenden Perspektive (Deutschland, Kanada und USA).

Im März 2010 promovierte Mirella Cacace zu dem Thema "Das Gesundheitssystem der USA – Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure". Das Buch zu ihrer Dissertation erscheint im Herbst bei Campus in der Reihe "Schriften des Zentrums für Sozialpolitik". Seit April 2010 ist Mirella Cacace als Analyst für RAND Europe in Cambridge, UK tätig. Ihr Focus wird auch hier sein, Gesundheitssysteme aus der vergleichenden Perspektive zu analysieren und zu evaluieren.

Krankenversicherungsprogramme Medicare und Medicaid einführte. Während Medicaid Versicherungsschutz für die arme Bevölkerung bietet, deckt Medicare die Gesundheitsversorgung alter und behinderter Menschen ab. Der Großteil der Bevölkerung ist jedoch privat versichert, meist über den Arbeitgeber. Diese boten bislang Versicherungen auf freiwilliger Basis an, übernehmen dann aber auch den Löwenanteil der Versicherungsprämie. Damit ist der Privatversicherungsschutz in der Regel an den spezifischen Arbeitsplatz gebunden. Nur ein bisher kleiner Teil ist individuell privat versichert. Insgesamt sind heute rund 67 Prozent über die private

tigten nicht gezählt werden. Weiterhin ist jede Einzelperson von 2014 an verpflichtet, sich unter Androhung von Geldstrafen zu versichern. Die Strafe beträgt im ersten Jahr 95 US Dollar und erhöht sich bis 2016 auf 695 US Dollar jährlich. Gleichzeitig bietet die Regulierung Individuen mit geringem Einkommen Unterstützung in Form von Prämien- und Zuzahlungssubventionen an, wenn sie sich in einer der Health Insurance Exchanges versichern. Überschreiten die Kosten der günstigsten Versicherung acht Prozent des Einkommens, kann der Betreffende von der Versicherungspflicht ausgenommen werden.

Die Kosten für die Ausweitung des Versicherungsschutzes beziffert der CBO auf 938 Milliarden US Dollar für die Dauer von zehn Jahren. Finanziert werden soll das Gesetz über Einsparungen bei Medicare und Medicaid sowie durch Gebühren, die sowohl die pharmazeutische Industrie als auch die Privatversicherungsbranche zu entrichten hat. Ferner werden besonders umfassende Leistungspakete ('cadillac health plans'), die Unternehmen insbesondere ihren leitenden Angestellten zu Gute kommen lassen, ab 2018 besteuert. Insgesamt sollen diese Maßnahmen zu Einnahmen in Höhe von 32 Milliarden US Dollar innerhalb von zehn Jahren führen. Ferner soll das Reformgesetz zu einer Reduktion des Haushaltsdefizits in Höhe von 124 Milliarden US Dollar für diesen Zeitraum beitragen.

Health Insurance Exchanges: Individuen und Unternehmen mit weniger als 100 Mitarbeitern können ab 2014 Krankenversicherungsschutz im Rahmen der Health Insurance Exchanges erwerben. Ab 2017 wird diese Berechtigung auf Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeitern erweitert. Health Insurance Exchanges werden auf der Ebene der einzelnen Bundesstaaten eingerichtet und entweder staatlich oder durch non-profit Organisationen koordiniert. Das bedeutet aber nicht, dass der Staat als Versicherungsträger auftritt, wie ursprünglich unter dem Stichwort 'public option' diskutiert. Exchanges bezeichnen einen Pool verschiedener Anbieter privater Krankenversicherungen, die sich bestimmten Regularien unterziehen und gesetzlich festgelegten Qualitätsanforderungen genügen. Zunächst definiert die Exchange etwa fünf verschiedene, standardisierte Angebote, auf die jedes teilnehmende Versicherungsunternehmen festgelegt ist. Der Vorteil für den Versicherungsanwärter ist, dass diese einfach zu überblicken und

zu vergleichen sind. Ähnlich dem in Deutschland bekannten Risikostrukturausgleich entsteht ferner durch diesen Zusammenschluss ein Risikopool, der Selektionsanreize für Versicherte und Versicherer und Unternehmen reduziert (Jost 2009).

Verbesserung der Performanz des Gesundheitssystems: Ein bis vor kurzem stark unterentwickelter Zweig der Forschung in den USA sind Studien zur vergleichenden Wirksamkeit von Arzneimitteln und Therapien (Comparative Effectiveness). Schon das Konjunkturprogramm der Regierung anlässlich der Finanzkrise 2008/09 stellte enorme Summen für diese Forschung zur Verfügung. Im Zuge der Gesundheitsreform soll noch im Jahre 2010 das Outcomes Research Institute zur Durchführung von Wirksamkeitsstudien gegründet werden. Allerdings dürfen die Ergebnisse dieser Forschung nicht dazu verwendet werden, Empfehlungen an die Versicherer auszusprechen oder gar Verpflichtungen abzuleiten.

Chronik

Im Gesetzgebungsprozess bedingten äußerst knappe Mehrheiten, Divergenzen zwischen Repräsentantenhaus und Senat sowie innerhalb der Partei der Demokraten, dass alle Entscheidungen 'auf des Messers Schneide' fielen. Vorauszuschicken ist, dass im politischen System der Vereinigten Staaten zur Gesetzgebung Mehrheiten in jeder Kammer des Kongresses erforderlich sind, dem Repräsentantenhaus und dem Senat. Im Senat ist aufgrund der Gefahr des so genannten Filibusters, der 'Taktik der Ermüdungsrede', sogar eine Super-Majorität von 60 zu 40 Stimmen notwendig. Die wesentlichen Schritte im Reformprozess in chronologischer Reihenfolge:

7. November 2009: Das Repräsentantenhaus beschließt mit einer Mehrheit von 220 zu 215 Stimmen einen Reformvorschlag, der 36 Millionen Menschen zusätzlich versichern soll und eine 'public option', die Einrichtung einer staatlichen Krankenkasse, enthält.

24. Dezember 2009: Der Senat stimmt über seine Version der Reform ab. Der Vorschlag des Senats sieht einen Versicherungszwang für den Großteil der amerikanischen Bevölkerung vor. Trotz der Inklusion von 31 Millionen Personen, würden 23 Millionen im Jahre 2019 unversichert bleiben, zum Großteil illegale Migrantinnen. Die 'public option' ist nicht Teil dieses Vorschlags.

19. Januar 2010: Während das Re-

präsentantenhaus und der Senat an der Vereinbarkeit ihrer Reformpläne arbeiten, verlieren die Demokraten im Bundesstaat Massachusetts ihren Senatssitz an die Republikaner. Dieser Wahlausgang bringt die Demokraten um ihre filibustersichere Mehrheit im Senat. Diese Wahlniederlage ist umso entscheidender, als es sich beim vorigen Amtsinhaber um Edward M. Kennedy handelt, einen entschiedenen Kämpfer für die Gesundheitsreform. Die gefühlte Niederlage für die Gesundheitsreform verstärkt sich dadurch, dass Massachusetts ihr als Vorbild gilt, da dieser Bundesstaat bereits im Jahre 2008 auf eigene Verantwortung eine universelle Krankenversicherung eingeführt hat. Taktiker wägen daraufhin ab, der bereits im Senat abgestimmten Version des Gesetzes durch das Repräsentantenhaus zustimmen zu lassen. Ferner soll durch die Deklaration des Gesetzes als Haushaltsgesetz oder so genannte 'Reconciliation Bill' erreicht werden, dass der Senat es nur mit einer einfachen anstelle der Super-Mehrheit von 60 Stimmen verabschieden kann.

21. März 2010: Das Repräsentantenhaus stimmt dem *Patient Protection and Affordable Care Act* mit einem Verhältnis von 219 (alle Demokraten) zu 212 (34 Demokraten, 178 Republikaner) zu. Das Gesetz stimmt mit dem überein, welches der Senat im Dezember verabschiedet hatte.

25. März 2010: Das Repräsentantenhaus stimmt dem *Health Care and Education Reconciliation Act* zu mit einem Verhältnis von 220 (alle Demokraten) zu 207 Stimmen (32 Demokraten, 175 Republikaner). Kurz darauf nimmt auch der Senat mit 56 (54 Demokraten, 2 Unabhängige) gegen 43 Stimmen (3 Demokraten, 40 Republikaner) das Gesetz an.

Präsident Obama verabschiedet die beiden Gesetze am 23. und am 30. März 2010.

Beurteilung

Wie ist die Gesundheitsreform bezüglich ihres Impacts zu beurteilen? Zunächst einmal ist festzuhalten, dass sich die Umsetzung über mehrere Jahre erstreckt. Während einzelne Bestimmungen bereits in einem halben Jahr Gültigkeit erlangen, ziehen sich andere noch bis ins Jahr 2019 hin. Da einzelne Teile der Gesetzgebung noch genauer durch unterschiedliche Bundesämter zu spezifizieren sind, haben sich bereits kurz nach der Verabschiedung zahlreiche Interessengruppen formiert mit dem Ziel, die Umsetzung zu beeinflussen.

Fraglich ist auch, ob es wie erwartet gelingt, 32 Millionen zusätzlich zu versichern. Wie beschrieben, müssen Arbeitgeber mit einer Betriebsgröße ab 50 Mitarbeitern mit einer Geldstrafe rechnen, bieten sie ihren Beschäftigten keine Versicherung an. Bei der Berechnung der Strafe von 2.000 US Dollar pro Beschäftigten werden die ersten 30 Mitarbeiter nicht gewertet. Hat ein Unternehmen also beispielsweise 55 Mitarbeiter, bezahlt dieser maximal 50.000 US Dollar Strafe pro Jahr – und damit deutlich weniger als eine Krankenversicherung für die gesamte Belegschaft kostet. Aus rein kostenrechnerischem Kalkül lohnt sich also das Anbieten einer Versicherung nicht. Dieser Anreiz kann sogar für Unternehmen entstehen, die derzeit Versicherung anbieten (NYT vom 26.04.2010). Selbst wenn diese sich in Zukunft entscheiden sollten, lieber eine Strafe zu entrichten, können sie sicher sein, dass ihre Mitarbeiter ab 2014 durch Beitritt in die Health Insurance Exchange weiter eine Krankenversicherung erhalten. Entscheidend ist dann, ob die Arbeitgeber auch bereit sind, die unterlassenen Versicherungsleistungen in Form höherer Löhne auszus zahlen.

Auch die Ausweitung der Einkommensgrenzen für das Medicaid Programm birgt Unsicherheiten. Bereits jetzt gibt es eine hohe Dunkelziffer, die zwar unter Medicaid anspruchsberechtigt ist, aus Angst vor Stigmatisierung oder aufgrund administrativer Hürden jedoch nicht darauf zurück greift (Reinhardt 2005). Erwartungsgemäß wird auch ein Teil der Neu-Anspruchsberechtigten diesem Muster folgen und keine Leistungen beanspruchen. Hinzu kommt, dass einige Leistungserbringer sich weigern, Medicaid Patienten zu behandeln, da Medicaid geringere Gebühren erstattet als andere Versicherer. Die Leistungserbringer holen sich das in der Regel zurück, indem sie ihren Patientenkreis durchmischen und das durch die Aufnahme privat Versicherter kompensieren. Anbieter, die Medicaid Patienten behandeln, werden in Zukunft einen höheren

Zulauf haben, was deren Mischkalkulation gefährdet.

Hinzuzufügen bleibt, dass die Reform zwar als universelles Versicherungsprogramm bezeichnet wird. Sie verlangt von den meisten Amerikanern, eine Versicherung abzuschließen und verpflichtet die Arbeitgeber, Krankenversicherung anzubieten.

Dennoch lässt es Deckungslücken für bestimmte Personen oder spezifische Indikationen. Der Commonwealth

tung einer Versicherungspflicht eine entscheidende Wende in der Gesundheitspolitik der USA zu verzeichnen ist. Trotz der deutlichen Stärkung der Rolle des Staates in der Regulierung ist es allerdings nicht gelungen, den Staat über Medicare und Medicaid hinaus als Finanzierungsträger von Krankenversicherung zu etablieren. Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sind trotz Einschränkungen weiterhin risikoäquivalent kalkuliert, so dass hiermit die charakteristischen

Eigenschaften des Privatversicherungssystems erhalten bleiben. Als kleiner und doch richtungsweisender Schritt sind die Bemühungen zu werten, die Performanz des Systems zu verbessern. Allerdings bleibt die Zukunft der Comparative Effectiveness Research in den USA weiterhin offen, zumal hier auch weiterhin mit starken Lobbyaktivitäten zu rechnen ist.

Literatur

Cacace, Mirella, 2010: „The US Healthcare System: Hierarchization With and Without the State“, in: Heinz Rothgang; Mirella Cacace; Simone Grimmeisen; Uwe Helmert; Claus Wendt, *The Changing Role of the State in OECD Health Care Systems*. Houndmills/Basingstoke: Palgrave, im Druck.

CMS, 2009: *National Health Expenditure Data: National Health Expenditures by Type of Service and Source of Funds, Calendar Years 1960-2008*, online: www.cms.hhs.gov

CMWF – The Commonwealth Fund, 2010: *What Will Happen Under Health Reform – And What's Next?*. online: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Other/2010/What-Will-Happen-Under-Health-Reform-and-Whats-Next.aspx>

Jost, Timothy Stoltzfus, 2009: *Health Insurance Exchanges in Health Care Reform: Legal and Policy Issues*. New York: The Commonwealth Fund, online: www.commonwealthfund.org

New York Times, 26.04.2010: *Inquiry Says Health Care Charges Were Proper*, by Robert Pear, online: www.nytimes.com



Illustration: TeER 2010

Fund, zum Beispiel, schätzt die Zahl der Unversicherten in 2019 immer noch auf sechs Prozent der Bevölkerung oder auf 23 Millionen Personen. Ohne die Gesundheitsreform allerdings, wäre diese Zahl bis dahin auf 54 Millionen geklettert (CMWF 2010).

Ein besonderes Reformanliegen von Präsident Obama, die in früheren Gesetzesentwürfen diskutierte 'public option', bei der der Staat selbst als Anbieter für eine Versicherung auftritt, konnte nicht realisiert werden.

Fazit

Die Reform kann als bedeutend bezeichnet werden, da mit der Einrich-

OECD, 2009: *OECD Health Data, 1st Version July 2009*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.

Reinhardt, Uwe E., 2005: „The Mix of Public and Private Payers in the US Health System“, in: Alan Maynard (ed.), *The Public-private Mix for Health*. Oxford: Radcliffe, 83-117.

Schoen, Cathy; Collins, Sara R.; Kriss, Jennifer L.; Doty, Michelle M., 2008: „How many are Underinsured? Trends among U.S. Adults,

2003 and 2007“, *Health Affairs* 27 (4): w298-309.

US Census Bureau, 2009: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.

Eine detaillierte Übersicht über die Reform und ihre Folgen bieten ferner die Websites der Kaiser Foundation und des Commonwealth Fund: <http://healthreform.kff.org/> und <http://www.commonwealthfund.org/>

Kontakt

Mirella Cacace
RAND Europe Westbrook Centre,
Milton Road
Cambridge CB4 1YG
United Kingdom
Telefon: ++44 (1223) 222-749
Fax: ++44 (1223) 358-842
mcacace@rand.org

BERICHTE

Das ZeS gratuliert den Absolventinnen und Absolventen im Master Sozialpolitik!

Am 16. April 2010 trafen sich zum zweiten Mal nach 2008 die Absolventinnen und Absolventen des Master Sozialpolitik, um mit Angehörigen und Freunden, Alumni aus älteren Jahrgängen, Dozenten und Dozentinnen und noch Studierenden den Abschluss ihres Studiums zu feiern. Bei einigen war das Zeugnis noch relativ frisch, andere stehen bereits seit längerem im Beruf, in allen Fällen aber wurde mit der Graduiertenfeier unterstrichen, was ein Verwaltungsablauf (...die Masterzeugnisse werden in aller Regel per Bundespost zugestellt...) gar nicht recht zu würdigen in der Lage ist: Dass ein wichtiger Teil der Ausbildung zum

erfolgreichen Ende gekommen ist und dass für alle ein Übergang in einen neuen Lebensabschnitt stattfindet. Das ZeS, das sich ganz besonders



auch über den wissenschaftlichen Nachwuchs freut, der Jahr für Jahr die Sozialpolitikforschung in- und außerhalb von Bremen verstärkt, wünscht dabei viel Erfolg!

Die AbsolventInnen :

Jonas Friedrich, Maika Hahne-Wiley, Jessica Heibült, Philip Mertens, Rosane Rodrigues Guerra, Jendrik Schröder, Manuela Semmler, Sebastian Vaske und Melike Wulfgram

Prof. Dr. Herbert Obinger neuer Sprecher am ZeS



Zum April 2010 hat Prof. Dr. Herbert Obinger die Position des Sprechers am Zentrum für Sozialpolitik übernommen. Er löst damit Prof. Dr. Frank Nullmeier ab, der das Institut in den vergangenen drei Jahren mit Weitsicht geleitet und mit großem Engagement nach außen repräsentiert hat. Der neue Sprecher Herbert Obinger ist seit 1998 Mitglied am ZeS. Seit

2007 leitet der Politikwissenschaftler zusammen mit Stephan Leibfried im Haus die Abteilung "Institutionen und Geschichte des Wohlfahrtsstaates"

Kontakt

Herbert Obinger
Telefon: 0421/218-4369
hobinger@zes.uni-bremen.de